INTRODUCTION GÉNÉRALE

Il est saisissant pour le clinicien de constater que, dans nombre de recherches contemporaines portant sur l'entrée dans la psychose, la dimension subjective tend à disparaître. Ce faisant, elle se trouve radicalement dissociée de ses enjeux psychopathologiques et de ses incidences cliniques. En outre, les recommandations thérapeutiques et préventives qui dérivent de ces recherches ne cessent de se diffuser dans la pratique quotidienne de nombreux services de psychiatrie et, plus largement, dans les institutions médico-sociales. Ainsi s'imposent les protocoles de soins et leur standardisation.

Un tel constat, qui peut être étendu à la politique de santé mentale, nous a fortement incités à mettre en perspective cette réalité et à étudier la conceptualisation de la clinique de l'entrée dans la psychose à travers l'histoire de la psychopathologie. Les hypothèses formulées, en un peu plus de deux siècles, sur cette clinique et ses mécanismes sont-elles radicalement hétérogènes entre elles au point de ne pouvoir être appréhendées dans une vue d'ensemble ou bien, au contraire, existe-t-il un socle commun au-delà de leurs divergences ? À quelles pratiques thérapeutiques ont été corrélées ces hypothèses ? Ce préambule peut être condensé par cette question centrale : l'entrée dans la psychose clinique relève-t-elle de l'apparition ou du déclenchement ? Ou pour le dire autrement, une psychose apparaît-elle ou se déclenche-t-elle ? Cette question ne se réduit pas à une simple alternative terminologique, car les termes d'apparition et de déclenchement renvoient à des approches théoriques, cliniques et thérapeutiques différentes. Il est communément admis que coexistent dans le champ de la psychopathologie trois approches majeures permettant de penser le diagnostic et donc l'entrée dans la psychose : « La première, apparue avec le discours psychiatrique, s'appuie sur la notion de syndrome ; la seconde, prônée depuis Bayle, Griesinger et Kraepelin, repose sur le modèle de la maladie neurologique ; la dernière, introduite par Freud et les phénoménologues, tend à prendre en considération une structure psychique latente [1]. » Elles peuvent être réduites, nous semble-t-il, à deux dans notre investigation dont le cadre de référence

1. Maleval J.-C., Sauvagnat F., « Pour une approche structurale en psychopathologie », *Les Cahiers de Cliniques Psychologiques*, université de Rennes 2, 19, 1993, p. 3-18, p. 4.

[« L'entrée dans la psychose », Yohan Trichet]
[Presses universitaires de Rennes, 2011, www.pur-editions.fr]

se rapporte aux délires chroniques [2]. En effet, au titre d'une convergence de conceptualité de la psychose, les approches par syndrome et maladie peuvent être réunies dans un même paradigme : celui de l'apparition de la psychose. Le bien-fondé d'une telle réunion repose, d'une part, sur l'existence d'une prédisposition fortement, sinon exclusivement ancrée dans le biologique et/ou le cérébral, à laquelle se réfèrent les schémas explicatifs de ces deux approches ; et d'autre part, sur la fixation aux dimensions phénoménologiques et descriptives des signes cliniques du tableau de l'entrée dans la psychose. Un tel rapprochement est relatif et circonstanciel.

Nous procéderons tout d'abord à une étude historique de la genèse et de la construction du modèle de l'apparition de la psychose à partir de sa clinique formelle et de ses mécanismes déterminants [3]. Étant entendu que les deux approches constituant le premier paradigme recèlent de nombreuses recherches et hypothèses qui se recoupent, nous examinerons les plus essentielles et originales. Nous présenterons donc les travaux des fondateurs de la psychiatrie française Philippe Pinel et Jean-Étienne-Dominique Esquirol mais aussi ceux d'Étienne Georget et de Jacques-Joseph Moreau de Tours. Dans le champ de la psychiatrie classique, nous analyserons les travaux de Charles Lasègue, de Jean-Pierre et Jules Falret, et de Valentin Magnan. Parmi les investigations de l'ère psychodynamique, nous retiendrons celles de Gaëtan Gatian de Clérambault et de Paul Guiraud. Enfin, dans le cadre des recherches contemporaines neuroscientifiques, nous ferons valoir la prédominance des modèles de la vulnérabilité à la psychose bien souvent conjugués avec la notion de psychose unique.

Le second paradigme psychopathologique de l'entrée dans la psychose se rapporte au concept de Jacques Lacan : le déclenchement de la psychose. De cette locution en partie héritée de Clérambault, son « seul maître en psychiatrie [4] » , Lacan en fera, grâce à ses développements menés sur une trentaine d'années et ses efforts d'élucidation de la structure psychotique, un concept majeur. On peut dégager quatre étapes dans la construction de celui-ci : une première dans sa thèse de médecine, puis trois autres correspondant à l'élaboration de ses trois théories psychanalytiques de la psychose. Précisons dès à présent que nous nous centrerons dans la deuxième partie sur son approche psychiatrique et ses deux premières théories analytiques de la psychose ; la troisième sera traitée dans la partie suivante. Dès ses premiers écrits, Lacan ancrait ses recherches dans le

2. Qui « désigne un genre aux espèces nombreuses, *schizophrénie* divisée en trois ou quatre formes cliniques, *paraphrénie* disposant de quatre épithètes (*expansive*, *systématique*, *confabulante*, *fantastique*), *paranoïa* également subdivisée ». Cf., Lantéri-Laura G., *La chronicité en psychiatrie*, Synthélabo, coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 1997, p. 29. Et que J.-C. Maleval définit comme « ceux dont le sujet éprouve que l'initiative vient de l'Autre », *in Logique du délire* (1997), Paris, Masson, 2000, p. 2.
3. Daquin J., *La philosophie de la folie* (1791), Paris, Frénésie éditions, 1987, p. 57.
4. Lacan J., « De nos antécédents », *Écrits*, Paris, Le Seuil, 1966, p. 65-72, p. 65.

[« L'entrée dans la psychose », Yohan Trichet]
[Presses universitaires de Rennes, 2011, www.pur-editions.fr]

champ de la psychose et la première étape fut inaugurée en 1931 par la publication de son article « Structure des psychoses paranoïaques ». Héritier du discours psychiatrique, Lacan se donnait alors comme perspective programmatique, à l'orée de son œuvre théorique, de « chercher les bases d'un mécanisme cohérent des éclosions délirantes [5] ». Sa thèse de médecine *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* [6] (1932) atteste de ses recherches sur le déclenchement. Elle représente le lieu et le temps d'émergence du concept. Non seulement *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu* parus en 1938 inaugurent la seconde étape, à savoir la première théorie analytique lacanienne, mais ils représentent aussi un point culminant d'innovation théorique concernant le concept de déclenchement de la psychose. Ce dernier apparaît, en partie, sous un jour nouveau grâce à la notion de « phase féconde du délire », laquelle préfigure la formulation conclusive de la première théorie analytique clôturée en 1946 avec « Propos sur la causalité psychique ». La troisième étape de la construction du concept se rapporte logiquement à l'élaboration de la seconde théorie lacanienne de la psychose dans laquelle un mécanisme signifiant définit le déclenchement. C'est dans son texte fondamental « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose [7] » que Lacan parachève sa formalisation du déclenchement, grâce au concept de forclusion du Nom-du-Père et à sa théorie du Un-père. Le déclenchement de la psychose s'avère caractéristique de l'expérience lacanienne de la folie, tout au moins dans ce qu'il est convenu d'appeler avec Jean-Claude Milner « le premier classicisme lacanien [8] ». Tout en dévoilant la modalité spécifique d'inscription du sujet dans le symbolique, le déclenchement de la psychose inaugure une temporalité clinique guidée par une logique relative à la structure. Dans le procès même de ces étapes, les différentes formalisations par Lacan du déclenchement de la psychose ont été induites par des abords successifs du concept de structure ou « conditions de structure [9] ». Le déclenchement peut être défini comme l'effet dans la structure de la mise en situation du sujet dans des conditions apparentées aux conditions originelles de la mise en place de cette structure.

La causalité de l'entrée dans la psychose implique pour les paradigmes référentiels d'apparition et de déclenchement deux types de causes, prédis-

5. Lacan J., « Structure des psychoses paranoïaques » (1931), *Ornicar ? Revue du Champ freudien*, 44, janvier-mars 1988, p. 5-18, p. 18.
6. Lacan J., *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, suivi de *Premiers écrits sur la paranoïa*, Paris, Le Seuil, coll. « Le Champ freudien », 1975.
7. Lacan J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose » (1959), *Écrits*, *op. cit.*, p. 531-583. Article paru en 1959 mais rédigé, selon les notes de l'auteur, entre décembre 1957 et janvier 1958. Désormais référencé « D'une question préliminaire ».
8. Milner J.-C., *Le périple structural. Figures et paradigme*, Paris, Le Seuil, 2002, p. 148.
9. Lacan J., « L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud » (1957), *Écrits*, *op. cit.*, p. 493-528, p. 502.

[« L'entrée dans la psychose », Yohan Trichet]
[Presses universitaires de Rennes, 2011, www.pur-editions.fr]

posantes et occasionnelles. Après l'investissement aliéniste de la dimension morale, les causes occasionnelles furent délaissées par le discours psychiatrique au point d'être réduites à la portion congrue dans l'approche moderne bio-psycho-sociale. L'hétérogénéité et la multiplicité des causes occasionnelles débordent le cadre de la théorie du Un-père qui n'apparaît plus comme « la condition nécessaire et suffisante [10] » du déclenchement. La prise en compte de l'incomplétude de l'Autre, conçue dans les années soixante par Lacan, permet d'éclairer les circonstances déclenchantes où n'intervient pas l'intrusion d'un père réel. Conjugué à un élargissement des situations cliniques, le déclenchement apparaît alors comme la conséquence d'une rencontre du sujet avec le réel défini comme un impossible logique. Ces situations constituent pour le sujet une mauvaise rencontre. Dans l'abord lacanien de la psychose, le déclenchement est cardinal et fédérateur, car homogène à la structure. En second lieu, à partir d'une clinique de l'entrée dans la psychose décrite classiquement en deux temps, perplexité angoissée et énigme, nous ferons valoir que le paradigme lacanien permet une appréhension théorique de la diversité des troubles psychopathologiques de cette clinique, dans la mesure où il se réfère à une logique structurale. S'en dégage une temporalité logique du déclenchement, notée P_0 [11]. En ordonnant la clinique de l'entrée dans la psychose selon cette temporalité, le paradigme du déclenchement évite les écueils du débat historique portant sur la primauté chronologique des troubles initiaux. En effet, à l'intérieur du paradigme de l'apparition deux positions s'affrontent : la première confère aux troubles cénesthésiques la primauté temporelle et la seconde considère que les troubles inauguraux sont des troubles idéo-verbaux. Ainsi, nous montrerons que le concept du déclenchement émet une hypothèse moniste pouvant rendre compte des trois versants symptomatiques classiquement décrits dans cette clinique : une expérience énigmatique, une délocalisation de la jouissance et un déchaînement du signifiant. Dès lors, le débat sur l'ordre d'apparition des symptômes perd son sens. Parmi la diversité formelle de cette clinique de l'entrée dans la psychose, la bipartition traditionnelle des formes lentes et aiguës retiendra notre attention, tant par sa réalité factuelle que par ses enjeux psychopathologiques et subjectifs, notamment au niveau du diagnostic et du pronostic. Cette bipartition formelle a, par ailleurs, donné naissance à quelques innovations : celles de débranchement [12] et de psychose ordinaire [13], toutes deux avancées par Jacques-Alain Miller. Nous les situerons au regard du concept de déclenchement

10. Maleval J.-C., *La forclusion du Nom-du-Père. Le concept et sa clinique*, Paris, Le Seuil, coll. « Le Champ freudien », 2000, p. 274.
11. Cf. Maleval J.-C., *Logique du délire*, *op. cit.*
12. Intervention de J.-A. Miller, *in* « La conversation », *La Conversation d'Arcachon. Cas rares : les inclassables de la clinique* (1997), Paris, Agalma/Le Seuil, 1997, p. 163.
13. Miller J.-A., « La Convention mode d'emploi », *La Convention d'Antibes. La psychose ordinaire* (1998), Paris, Agalma/Le Seuil, 2005, p. 230.

[« L'entrée dans la psychose », Yohan Trichet]
[Presses universitaires de Rennes, 2011, www.pur-editions.fr]

de la psychose grâce à un examen de la structure borroméenne définie par Lacan dans son dernier enseignement. Il donne alors quelques indications essentielles permettant d'apparenter le déclenchement à un dénouement des éléments de la structure psychotique. En dernier lieu, nous montrerons que les modes évolutifs de l'entrée dans la psychose représentent des modes auto-thérapeutiques mis en place par le sujet pour se défendre contre les incidences cliniques générées par la mauvaise rencontre. Afin de parer à la perplexité angoissée inaugurale, le sujet peut faire appel à plusieurs types d'auto-traitement longs ou rapides, radicaux ou élaborés, dont la propriété commune est de pouvoir, le cas échéant, suppléer à la carence de la fonction paternelle. Nous étudierons séparément ces modes cliniques de suppléance curative [14] : les états schizophréniques, le délire, les autres modes supplétifs élaborés, les passages à l'acte. Nous tenterons d'en dégager la logique et les ressorts subjectifs, tous plaidant en faveur du concept de structure subjective.

Si chacun s'accorde pour affirmer que la prise en charge des sujets entrant dans la psychose est cruciale, elle ne fait cependant pas l'objet d'un consensus. Chacun des deux paradigmes référentiels développe des approches thérapeutiques distinctes. Considéré comme le premier traitement psychiatrique, né à la fin du XVIII^e^ siècle, le traitement moral et spécialement celui de l'aliénation mentale récente fut un traitement novateur initié par Pinel et Esquirol. Autant J.-P. Falret pariait sur les ressources du sujet, autant il récusait toute fonction de recueil de sa parole, enjoignant le praticien à ne pas se faire le « secrétaire des malades [15] », et ce, particulièrement aux débuts de la folie. À partir d'un commentaire critique d'une des observations de François Leuret, nous montrerons la manière dont il a fait dériver le traitement moral vers une pratique de contrôle, au point d'être considéré par certains comme le précurseur des thérapies comportementales. Il y a tout lieu de penser que la dénaturation du traitement moral coïncide avec l'éclatement de l'espace asilaire qui donnera naissance, à la fin XIX^e^ siècle et au début du XX^e^, aux services des délirants. Dans l'entre-deux-guerres, les premiers traitements biologiques et traitements de choc constituent un tournant majeur dans la médicalisation de l'entrée dans la psychose. Plus récemment, les recherches contemporaines afférentes aux modèles stress-vulnérabilité promeuvent des programmes d'interventions thérapeutiques associant des prescriptions médicamenteuses, des thérapies cognitives et psycho-éducatives et des stratégies de réhabilitation. À leur encontre,

14. Ménard A., « Clinique de la stabilisation psychotique », *Abords*, 1, novembre 1994, p. 7-16, p. 14. L'auteur distingue les suppléances préventives des suppléances curatives de la psychose clinique.

15. Falret J.-P., « Symptomatologie générale des maladies mentales » (1850-1851), *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés* (1864), vol. 1, Paris, Science en situation, 1994, p. 123. Lacan lui préféra le syntagme de *secrétaire de l'aliéné*, dont l'on trouve la première occurrence dans la séance du 25 avril 1956 de son séminaire sur les psychoses.

[« L'entrée dans la psychose », Yohan Trichet]
[Presses universitaires de Rennes, 2011, www.pur-editions.fr]

le paradigme du déclenchement offre au niveau de l'accompagnement et de la prise en charge du sujet entrant dans la psychose, une orientation et une éthique prenant la mesure de ce moment subjectif décisif. En ce sens, le clinicien tend à soutenir le sujet dans certaines de ses initiatives auto-thérapeutiques mobilisant ses ressources propres. Toutefois, loin de s'exclure par principe, une conjonction d'entretiens cliniques et de prescriptions médicamenteuses modérées peut aider le sujet à sortir d'un état de perplexité angoissée initiale.

Enfin, la médicalisation de la folie a toujours porté en son sein la tentation du traitement et de la prévention précoces. Pinel, et surtout Esquirol, possédaient la volonté d'une détection des signes avant-coureurs de l'aliénation mentale, de sorte que le traitement moral contenait le germe de l'hygiénisme de la seconde moitié du XIX^e siècle. Cette dérive hygiéniste prit son essor sous l'influence de la doctrine de la dégénérescence promue par B.-A. Morel dès 1857 avec son *Traité des dégénérescences* [16]. Une telle dérive médicale était basée sur l'hypothétique corrélation entre rapidité du traitement et évolution favorable. Traversant de part en part le discours psychiatrique, elle est l'argument majeur des pratiques actuelles d'intervention précoce où confluent dépistage et traitement préventif des sujets dits à risque. Une telle expérience de la folie n'est pas sans générer de vives critiques que ce livre présente et développe.

16. Morel B.-A., *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, J.-B. Baillière, 1857. Désormais référencé *Traité des dégénérescences*.

[« L'entrée dans la psychose », Yohan Trichet]
[Presses universitaires de Rennes, 2011, www.pur-editions.fr]